



귀하의 의견을 소중하게 듣겠습니다.

가족 의견 설문지 (제공되지 않은 서비스 관련)

다음은 담당 사회 복지사 및 아동보호국(Children's Administration)에 대한 귀하의 경험을 서술한 문장입니다.

귀하의 느낌을 가장 잘 표현한 문장의 번호에 **O**를 표시해 주십시오.

본 정보는 향후 사회 복지사의 가족 담당 업무를 돕는 데 활용될 것입니다.

사회 복지사 이름: _____	매우 반대	반대	동의	매우 동의
1. 담당 사회 복지사와 나는 진실하고 상호 존중하는 파트너십 관계를 발전시켰다.	1	2	3	4
2. 사회 복지사는 내가 잘 할 수 있는 것이 무엇인지 이해했다.	1	2	3	4
3. 나는 나의 자녀를 안전하게 지키기 위해 일상적으로 해야 하는 일을 더 잘 수행할 수 있게 되었다.	1	2	3	4
4. 사회 복지사는 나와 내 가족에 관해 그리고 우리에게 중요한 것이 무엇인지 더 알고 싶다는 관심을 나타냈다.	1	2	3	4
5. 사회 복지사는 우리 가족이 필요할 때 도움을 받을 만한 사람 및 커뮤니티 차원의 프로그램을 알아볼 수 있게 도와줬다.	1	2	3	4
6. 사회 복지사는 신고하게 만든 내 가정/ 생활에서의 발생 사건을 분명하게 이해했다.	1	2	3	4
덧붙이고 싶은 내용:				
<p>선택 사항: 감독관 또는 지역관리자(AA)에게 귀하의 경험에 관해 상의하고 싶으실 경우 아래에 성함과 번호를 남겨 주십시오. 사회 복지사, 감독관 또는 AA와 상의한 뒤에도 고민이 해결되지 않을 경우 Constituent Relations(전화: 1-800-723-4831)로 연락하실 수 있습니다.</p>				
이름: _____ 전화번호: (____) _____				



CA Children's Administration

DSHS 22-1403 (KO) (3/10)

감사합니다!